

ANNÉE 1909

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

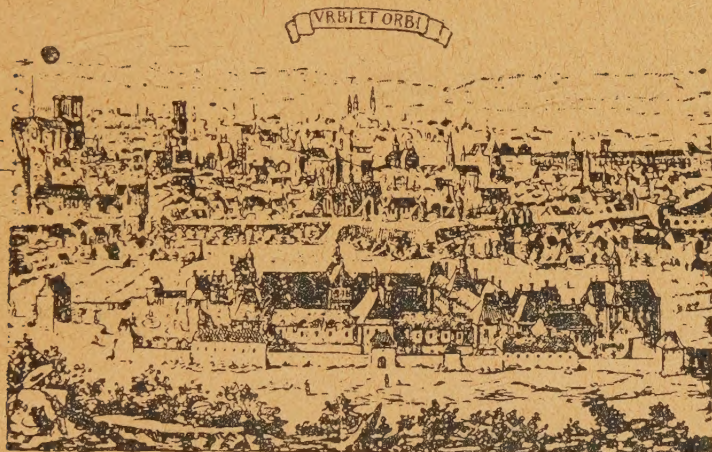
Présentée et soutenue le Mercredi 22 Décembre 1909 à 1 heure

PAR FERNAND SABATIER

Né le 1^{er} Avril 1888, à Montpellier

INTERNE A L'INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DE LA BARTHOLINITE



L'Hospital Saint Louis en 1620

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges { MM. ROGER
PIERRE MARIE } professeurs.
MARCEL LABBÉ, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, Editeur

9, Rue de l'Eperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	Ch. RICHET
Physique médicale.....	GABRIEL
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	GILBERT
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD
Clinique médicale.....	ROGER
Maladie des enfants.....	HAYEM
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux.....	LANDOUZY
Clinique chirurgicale.....	HUTINEL
Clinique ophtalmologique.....	GILBERT BALLE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GAUCHER
Clinique d'accouchement.....	RAYMOND
Clinique gynécologique.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale infantile.....	QUENU
Clinique thérapeutique.....	RECLUS
	SEGOND
	DE LAPERSONNE
	ALBARRAN
	PINARD
	BAR
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BALTHAZARD	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRANCA	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BESANCON FERN.	GOSSET	LEPER	RENON
BRINDEAU	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
BRUMPT	JEANSELME	MARION	SICARD
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CASTAIGNE	LARBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	
CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES — A MA SŒUR

A MES AMIS

A MES MAITRES
DES FACULTÉS DE MONTPELLIER ET DE PARIS

A MON MAÎTRE DE SAINT-LAZARE
MONSIEUR LE DOCTEUR EMERY
MÉDECIN DE SAINT-LAZARE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES

MÉDECIN DE L'HOPITAL S^T-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Durant notre internat à l'Infirmierie de Saint-Lazare, nous avons été frappé de la fréquence de l'infection aiguë et surtout chronique des glandes de Bartholin. L'origine gonococcique de cette infection est la règle et c'est la plus fréquente après l'urétrite comme la plus tenace après la métrite du col.

Par ces lobules fortement ramifiés, la glande de Bartholin constitue une cavité favorable au développement du gonocoque et la présence de ce foyer purulent au niveau de la vulve est un danger permanent pour la femme qui le porte et pour l'homme : pour la femme parce qu'il fait échec à tous les traitements appliqués à l'utérus, au vagin et à l'urèthre qu'il réinfecte constamment ; pour l'homme, parce qu'en raison de sa situation à l'entrée du vagin, la bartholinite est une cause fréquente d'infection et de réinfection.

Or la bartholinite guérit rarement d'une façon spontanée et si les traitements ou tout au moins les topiques qui ont été proposés sont nombreux, il faut bien reconnaître que certains traitements chirurgicaux seuls donnaient des résultats satisfaisants.

Nous avons interrogé à ce sujet plusieurs vénéréolo-

gistes et chirurgiens, ils ont été unanimes à avouer que la bartholinite chronique ne guérissait que par l'ablation de la glande. C'est un procédé assurément curateur mais non sans danger, comme nous le verrons et qui ne peut pas être considéré comme de pratique courante.

Nous nous sommes alors attaché à ce point de thérapeutique spéciale pour tâcher de trouver un remède véritablement et rapidement efficace.

Nous croyons y être parvenu par les injections dans la glande de Bartholin de solutions concentrées de permanganate de potasse.

Dans une première partie, nous étudierons la glande aux points de vue normal et pathologique ; dans une deuxième partie, nous passerons en revue et critiquerons les moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux employés actuellement.

Nous exposerons enfin, dans une troisième partie, la méthode que nous préconisons.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

L'histoire de la Bartholinite est relativement moderne.

La glande elle-même ne fut soupçonnée qu'en 1631 par PLAZONI, de Padoue, et c'est DUVERNEY qui la découvrit chez la vache d'abord, chez la femme ensuite ; il la fit examiner par BARTHOLIN qui la décrivit en 1676. Elle devrait donc s'appeler glande de DUVERNEY, comme le veulent certains auteurs, au lieu de glande de BARTHOLIN comme elle est désignée généralement. Elle fut étudiée ensuite par un grand nombre d'auteurs : DELAMETTRIE, GARENGEOT, VERHEYEN, WINSLOW, VERDIER (1726), DIDIER (1753), HALLER dans ses *Muliebra*. En 1804 CUVIER l'assimile aux glandes de COWPER, de l'homme, et son opinion est encore admise aujourd'hui. Dans la même année, parurent les travaux de PORTAL, puis ceux de BAYER en 1815. AMUSSAT le premier injecta le canal excréteur de la glande. Étudiée par TAYLOR et RUOL en Angleterre (1838),

TIEDMANN en Allemagne (1840), c'est cependant HUGUIER qui, le premier, donna des glandes de BARTHOLIN, une description complète.

Au point de vue histologique, elles furent étudiées par LANGERHANS (1874) et DE SINETY (1880 et plus récemment 1906).

Leur inflammation fut signalée par BËRHAVE, puis niée par AUBENAS dans sa thèse d'agrégation de Strasbourg en 1860.

C'est HUNTER qui publia la première observation de bartholinite. Après lui, les observations se multiplièrent et le mémoire de HUGUIER précisa la question. Dans des temps plus rapprochés de nous de nombreux auteurs s'intéressèrent à cette question. HAMONIC, CHEVALERIAS, TERRILLON, DE AMICIS, HARTMANN et QUÉNU, étudièrent les fistules rectovaginales. Nous signalons en particulier la thèse de MARCEL FAUVEL en 1886 qui, « trop peu connue, montre toute la gravité des lésions de cette glande et l'intérêt qu'elles présentent au point de vue de la contagion. » (1).

La bactériologie en fut étudiée par LEBLANC, en 1894, DUJON, en 1897, HALLÉ, en 1898.

(1) VERCHÈRE, *La Blennorrhagie chez les femmes.*

DE LA GLANDE DE BARTHOLIN A L'ETAT NORMAL

Anatomie

Les glandes de Bartholin, fréquemment appelées glandes vulvo-vaginales sont au nombre de deux situées l'une à droite, l'autre à gauche de l'entrée du vagin.

RICHET compare leur forme et leurs dimensions à celle d'une amande d'abricot. En réalité, leur volume est très variable.

Ce sont des glandes génitales qui n'acquièrent par conséquent leur volume qu'après la menstruation ; pour la même raison elles sont plus volumineuses chez les femmes à vie génitale active et chez les prostituées en particulier. Après la ménopause au contraire, elles semblent diminuer de volume.

La sensation qu'elles donnent au palper est celle d'un petit ganglion lymphatique et il est presque toujours possible de les sentir. Il suffit d'introduire l'index dans le vagin et de déprimer sa paroi latérale entre la branche ischio-pubienne de l'os iliaque et la vulve, on saisit alors entre cet index et le pouce reste au dehors, la partie moyenne de la petite lèvre et on sent habituellement la glande rouler entre ces deux doigts.

Profondément elle est accolée à l'aponévrose mo-

ienne. Superficiellement elle est en rapport en dedans avec le vagin, en haut et en avant avec le bulbe et le constricteur du vagin, en bas avec les veines hémorroïdales inférieures, en dehors enfin avec la branche de l'ischion.

Ces glandes sont en relation avec l'extérieur, chacune par un canal excréteur ordinairement unique, exceptionnellement double (*observations de Martin et Léger, Lang, Trost*). Ce canal a une longueur de 1 c. $\frac{1}{2}$ à 2c. et un calibre de 2 millimètres. Après un trajet oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans, il vient s'ouvrir non pas toujours comme on le dit dans le sillon qui sépare des petites lèvres les caroncules myrtiliformes ou l'hymen, mais souvent en avant de ce sillon, à un, deux et souvent plusieurs millimètres de lui ; ce point a son importance, car l'orifice du canal excréteur est très petit et il est souvent nécessaire de le chercher avec beaucoup de soin pour le découvrir ; quelquefois, par contre, il est large et visible, surtout quand la glande est enflammée et qu'il est entouré de cette aréole rouge violacée que SANGER a appelée *macule gonorrhéique*.

Les artères de la glande de BARTHOLIN viennent de la honteuse interne directement ou par l'intermédiaire de la bulbeuse. Les veines se rendent aux veines honteuses internes et au plexus veineux du bulbe. Les nerfs sont fournis par la branche périnéale du nerf honteux interne. Les vaisseaux lymphatiques ont été peu étudiés jusqu'à présent.

Histologie.

Au point de vue histologique, les glandes vulvo-vaginales sont des glandes en grappe. Leur structure a été étudiée surtout par LANGERHANS et DE SINETY. D'après ce dernier auteur, elles se décomposent en lobules et acini. Ces acini en forme de massue sont tapissés d'épithélium caliciforme analogue à celui qu'on trouve dans le col de l'utérus ; ils vont s'ouvrir par une portion rétrécie dans des sinus tapissés d'épithélium cubique d'où partent des canaux excréteurs. Tous ces canaux secondaires se jettent dans un canal excréteur commun et sont tapissés d'épithélium cylindrique. Le canal excréteur commun seul présente plusieurs assises d'épithélium cylindrique qui devient pavimenteux au voisinage de l'orifice vulvaire. Entre les lobules se trouve un stroma conjonctif mêlé de fibres lisses et striées.

Physiologie.

Nous avons vu déjà que les glandes de BARTHOLIN se développaient surtout au moment de la puberté. Leur volume et leur fonction serait même liés au développement des autres organes génitaux et à la suite de la destruction ou de l'ablation d'un ovaire, la glande correspondant diminuerait de volume (1).

(1) DUJON, Th. 1897.

Normalement les glandes vulvovaginales secrètent en petite quantité un mucus clair, transparent et de réaction alcaline. Au moment des rapports sexuels ou pendant les règles, le fonctionnement de la glande est exalté et sa sécrétion plus abondante. Toutes les causes d'irritation ou de congestion peuvent agir de même, les idées lascives, l'équitation, le travail à la machine à coudre par exemple. Le liquide excrété a pour but de lubrifier les parois de la vulve.

DE LA GLANDE A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE.

Etiologie.

Nous avons vu avec quelle fréquence nous estimions que les glandes de BARTHOLIN étaient infectées chez les femmes atteintes d'autres lésions gonococciques de l'appareil génital ou tout au moins chez les prostituées.

Toutes les statistiques, celles de NEUMANN en particulier qui comprend 203 malades, montrent la prédominance de la bartholinite chez les femmes jeunes entre 17 et 25 ans. Ce n'est pas là un fait isolé. La même constatation est faisable pour les autres affections vénériennes et à St-Lazare, par exemple, les filles insoumises, plus jeunes, sont toujours en plus grand nom-

bre, et plus gravement malades que les filles en carte plus âgées. C'est que, lors de ses premières armes, la jeune prostituée n'a pas encore l'expérience des maladies qui la guettent et manque aux soins de propreté les plus élémentaires.

Pour beaucoup d'auteurs, la bartholinite siègerait plus fréquemment à gauche qu'à droite. HUGUIER en particulier et NEUMANN dont la statistique donne effectivement 118 gauches contre 88 droites.

Cette observation a donné libre cours à l'ingéniosité des auteurs, mais nous n'insisterons pas sur ce point peu important et nous partageons l'avis de VERCHÈRE qui croit à l'indifférence de la localisation. Sur les sept observations que nous relatons en effet, il y a cinq bartholinites droites et deux gauches. Dans les 23 cas soignés par PLASS il y avait 13 bartholinites droites et 10 gauches.

Comme causes prédisposantes on a invoqué le tempérament lymphatique, certaines professions assises, couturières, lingères, etc., la menstruation. Ces dernières sont d'autant plus défendables que nous avons vu l'influence qu'elles avaient sur le fonctionnement de la glande normale.

Les causes efficientes invoquées ont été nombreuses. Pour certains auteurs, la bartholinite est due aux traumatismes sexuels ; pour d'autres, c'est une infection banale analogue aux folliculites vulvaires, BRETON en fait un accident secondaire de la syphilis. HUGUIER, cependant, dès 1850, constate que « cette affection accompagne le plus souvent la blennorrhagie

vulvaire ou lui succède. » Et c'est là en effet l'étiologie indiscutable de la presque totalité des bartholinites. Ce n'est qu'à titre d'exception qu'on peut signaler des bartholinites puerpérales ou traumatiques.

Symptômes.

Il y a lieu de distinguer plusieurs formes de bartholinite et nous verrons ultérieurement quelle importance cela peut avoir au point de vue du traitement :

1° Une forme aiguë, où la bartholinite se révèle par des symptômes bruyants ; tumeur faisant saillir la petite lèvre au-delà de la fente vulvaire, œdème de la région, gêne de la marche et de la station assise, fièvre quelquefois et inappétence. C'est en somme un véritable abcès chaud.

2° Cette bartholinite aiguë incisée ou spontanément ouverte, peut guérir, mais le plus souvent la réunion ne se fait pas complètement et il persiste une fistule qui donnera indéfiniment, constituant une forme de bartholinite chronique fistulisée.

Cette ouverture spontanée et la fistule qui en résulte peut se faire dans diverses cavités. Dans le cas le plus fréquent et le plus favorable, la bartholinite s'ouvre à la vulve, mais elle peut s'ouvrir également dans le vagin, le rectum où à l'anus. Ces diverses migrations de l'abcès ont été étudiées par QUÉNU, HARTMANN, CHEVALLERIAS, TERRILLON, etc.

3° Enfin, dans le plus grand nombre de cas, la bartholinite est chronique d'emblée et la femme l'ignore

le plus souvent. Dans cette forme, le pus tantôt s'évacue en permanence par le canal excréteur de la glande, tantôt s'accumule sous tension formant d'un côté de la vulve, une tumeur fluctuante indolore d'où le pus s'échappe par la pression et qu'on pourrait prendre pour une bartholinite aiguë.

Bactériologie.

Ce pus a été examiné à maintes reprises et les résultats sont différents.

LEGRAIN, de Nancy, n'a pas trouvé le *gonocoque*. WELANDER, STEINSCHNEIDER, GERHEIM, non plus. LEBLANC, sur 7 cas, ne l'a vu qu'une fois. Par contre, HASSE estime qu'il existe dans 88 % des cas. DUJON l'a trouvé et cultivé 9 fois sur 14. Personnellement, nous l'avons trouvé dans les cas que nous rapportons.

Ces divergences tiennent à deux raisons, à notre avis. D'abord à l'âge de la bartholinite : on le trouve toujours dans la forme aiguë et en abondance, mais la vitalité du gonocoque est faible et au bout d'un certain temps, il disparaît du pus, il n'en reste que quelques-uns cantonnés dans le fond des acini. On peut les en faire sortir par le massage de la glande, de même qu'on l'obtient dans l'uréthrite chronique chez l'homme par un massage de prostate où le passage d'un béniqué de fort calibre.

La deuxième cause de divergence tient à la profession de la malade. Une femme atteinte par hasard de bartholinite gonococcique n'aura plus ce microbe dans

sa glande une fois guéries les autres localisations de la blennorrhagie, mais il n'en sera pas de même chez une prostituée. Il n'est pas une de ces femmes dont l'appareil génital ne recèle le gonocoque. Il est donc naturel de le trouver dans le pus d'une bartholinite même s'il ne s'en est chargé qu'à l'orifice du canal. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles nous l'avons trouvé chaque fois.

Il est rare en tout cas qu'on le trouve à l'état pur. Il est associé habituellement aux pyogènes ordinaires, *Streptocoques*, *Staphylocoques doré et blanc*, *micrococcus lacteurs*, *faviformis*, *diplococcus subflavus*, *bactérium coli*, et quelquefois des *anaérobies*. C'est dans ce dernier cas, que le pus est fétide.

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique est surtout l'œuvre de TOUTON (1) et de LEBLANC (2) et de DUJON (3). Ils ont surtout constaté une prolifération de l'épithélium des canaux excréteurs et une infiltration considérable de cellules rondes.

Dans un des cas de Leblanc, les acini n'étaient pas touchés. Dans les cas de Dujon, il y a les mêmes modifications avec en plus une dégénérescence fibrineuse des cellules des culs de sac qui sont tuméfiées, claires et vitreuses.

(1) Annales für Dermathologie und syphilis, 1893.

(2) Th. de Paris, 1894.

(3) Th. de Paris.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES BARTHOLINITES

Nous allons voir quel nombre considérable de traitements médicaux et chirurgicaux ont été proposés pour guérir cette affection.

Antiphlogistiques.

Les anciens auteurs qui connurent surtout la bartholinite aigue la traitaient comme les autres inflammations par les cataplasmes, les onguents et pommades résolutives, les lotions astringentes. Les uns comme VELPEAU et HUGUIER appliquaient des sangsues au périnée tandis que d'autres avec GOSSELIN les déconseillaient.

Méthodes sanglantes.

Affection chirurgicale, elle fut cependant traitée par le bistouri dès le début et de diverses façons. La

bartholinite fut incisée d'abord, puis quand on se fut aperçu de la fréquence avec laquelle apparaissaient les fistules, on détruisit la glande après incision, soit par les caustiques ou le thermo cautère, soit par l'excision.

VELPEAU et GUÉRIN faisaient l'incision simple et conseillaient de la faire sur la face antéro externe de l'abcès.

VELPEAU choisissait ce point pour éviter la stagnation du pus entre les lèvres. GOSSELIN l'avait adopté pour des raisons anatomiques. « En incisant en dedans de la grande lèvre, dit-il, on rencontre la partie la plus épaisse de l'aponévrose superficielle qui s'oppose au recollement des tissus, reste longtemps béante et par son peu de tendance à se cicatriser, donne souvent naissance à des fistules. » Il conseillait en outre « de mettre un drain ou de maintenir la cavité béante parce que l'ouverture au bistouri, comme toutes celles qui avoisinent une cavité naturelle, a de la tendance à s'oblitérer rapidement avant que le fond de l'abcès ait eu le temps de se combler. La membrane pyogène continue à former du pus et si l'ouverture n'a fait que se rétrécir, il y a fistule ; si elle est oblitérée, l'abcès se reproduit. »

Nous avons cité ce passage de GOSSELIN, car il fait lui-même la critique du procédé ; par la simple incision, il y a presque toujours fistule ou récurrence, parce que la cause de l'abcès est restée dans les acini glandulaires.

Il faut détruire la glande de Bartholin si l'on veut guérir la bartholinite.

HUGUIER l'avait compris et dans son Mémoire en 1850, il relate l'ablation de la glande au bistouri. Il pénétrait d'emblée dans la glande ; pour cela il faisait un pli à la muqueuse vulvaire au niveau de la tumeur et pratiquait une incision verticale au niveau du sillon nympho labial.

Cette incision avait deux défauts, elle donnait d'abord peu de jour et ensuite l'opération se faisant très près du bulbe, on risquait de le blesser d'où hémorragie grave. HUGUIER rapporte lui-même l'observation d'une de ses malades qui faillit succomber ainsi. C'est pourquoi tous les auteurs recommandent à l'exemple de GOSSELIN et VELPEAU, l'incision externe.

FAUVEL dans sa thèse donne deux procédés. Dans le premier, un stylet est introduit dans le canal excréteur ; on fait ensuite à la petite lèvre une incision de 4 centimètres concave en haut et en dedans. Cette incision doit être prudente et faite couche par couche. Quand on arrive sur la glande, on la dissèque et on l'extirpe avec le trajet.

Cette dissection est loin d'être aisée, il faut aller profondément et l'écoulement de sang est abondant. Le deuxième procédé est plus simple à priori. Après incision verticale, la glande est poussée dans la plaie par un doigt introduit dans le vagin, saisie avec une pince de MUSEUX et énuclée après dissection. En réalité, ce deuxième procédé est identique au premier ; le fait de repousser la glande en avant la rend plus superficielle relativement aux yeux de l'opérateur, mais non point relativement aux plans profonds qui sont refou-

lés en même temps que la glande et avec qui celle-ci garde ses adhérences et ses rapports dangereux.

FOSTIER donne un procédé encore plus simple : « On fait une incision de deux à trois centimètres parallèlement au bord libre de la grande lèvre, on écarte les lèvres de la plaie et on excise avec des ciseaux courbes la glande et le tissu conjonctif qui l'entoure. » Il ajoute : « La région n'est nullement dangereuse, on n'a pas à redouter de gros vaisseaux ou de troncs nerveux importants ». Il reconnaît cependant « que la région est très vasculaire et qu'il se fait un écoulement sanguin abondant. »

Tels sont les procédés qui tendent à détruire le foyer infectieux par ablation de ce foyer lui-même.

Ils réussissent dans la presque totalité des cas, c'est-à-dire chaque fois qu'on n'a point laissé en place une portion de la glande, mais ils sont passibles de graves reproches.

1° Ce sont des procédés dangereux et qui nécessitent toute l'attention même d'un opérateur habile. Nous avons déjà cité le cas de cette opérée d'HUGUIER qui faillit succomber à une hémorrhagie et ce n'est pas là un fait isolé. Nous nous souvenons, à ce propos, du conseil que nous donnait M. le professeur agrégé Tuffier, quand nous étions son élève : « N'opérez jamais une bartholinite en ville, disait-il, vous n'en aurez que des ennuis ; si vous vous contentez d'inciser, vous aurez des récidives ; si vous faites l'ablation de la glande, votre malade risque même après votre départ, une hémorrhagie grave. »

Cette hémorrhagie n'est pas causée uniquement par la grande vascularisation de la région ou par la lésion du bulbe ; ce n'est pas seulement un écoulement en nappe, mais aussi une hémorrhagie en jet. Elle est produite, d'après Verchère, par une artériole non décrite mais qu'il a bien vue, à plusieurs reprises, donner en un jet assez fort.

2° L'excision d'une glande de BARTHOLIN est une opération sérieuse qui n'est pas à la portée de tous les praticiens. Pour faire une intervention utile, il est nécessaire d'aller profondément jusqu'à l'aponévrose moyenne et c'est un chirurgien seul qui pourra la pratiquer dans de bonnes conditions.

3° Cette opération ne peut se faire que sous l'anesthésie générale ; elle exige la préparation du champ opératoire, la présence d'au moins un aide pour l'anesthésie et une série de pansements ultérieurs. Enfin elle immobilise la malade un certain nombre de jours au lit et la soumet aux ennuis et aux dangers de la narcose.

Aussi a-t-on essayé de simplifier le manuel opératoire ou tout au moins de raccourcir la durée de l'opération en substituant à l'excision de la glande infectée, sa destruction sur place, par la curette, le thermo-cautère ou les caustiques chimiques. La curette a tous les inconvénients du bistouri, elle n'a que l'avantage d'être plus facile à manier.

Si l'on emploie le thermo-cautère il faut d'abord faire l'incision de la paroi au bistouri, puis on plonge le couteau porté au rouge sombre, dans la glande, dont on tâche de détruire tous les acini, on peut y réussir à

condition d'aller aussi profondément que le bistouri ou la curette dans les autres méthodes et l'avantage de ce procédé est de diminuer l'écoulement sanguin ; malheureusement il ne permet pas la réunion immédiate à cause de l'escharre étendue et profonde qui devra s'éliminer, d'où possibilité d'une cicatrice disgracieuse et quelquefois déformante.

A la place du thermo-cautère certains auteurs conseillent l'emploi des caustiques : le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent, en badigeonnages, après incision. Ce procédé est insuffisant. Les cautérisations ne peuvent pas, en effet, être répétées assez souvent pour détruire toute la glande à cause de la douleur qu'ils provoqueraient et sous peine d'empêcher la cicatrisation par première intention.

VERCHÈRE a proposé pour les bartholinites aiguës un procédé assez simple. Il consiste à enlever au ciseau la paroi muqueuse qui recouvre la glande de Bartholin et à laisser cicatriser à plat.

L'anesthésie locale suffit à l'opération qui est facile à pratiquer, mais, ici encore, nous avons la possibilité d'une cicatrice déplaisante et la nécessité d'immobiliser l'opérée un certain temps.

Chacune de ces méthodes a ses inconvénients propres ; elles en ont toutes un commun : c'est d'être une intervention sanglante difficile à faire accepter par une femme qui se rendra rarement compte de la gravité que peut avoir une bartholinite pour elle et pour autrui.

Méthodes non sanglantes.

On a essayé, à maintes reprises, de guérir la bartholinite sans l'intervention du chirurgien. On a cherché à désinfecter la glande de Bartholin ou à la détruire avec des liquides divers. Les uns utilisaient le canal de Bartholin pour accéder dans la glande, les autres y pénétraient directement par ponction de la muqueuse. Tous injectaient le liquide qu'ils choisissaient à l'aide d'une seringue.

DE SINETY a préconisé l'eau oxygénée et affirme en avoir obtenu des résultats ; on s'est servi également d'alcool, de sublimé, d'eau chlorurée (DENIS).

Ces liquides sont seulement antiseptiques et ne peuvent avoir pour but que la désinfection de la cavité glandulaire. On peut, par ces moyens, tarir l'écoulement d'une bartholinite subaiguë ou d'une bartholinite chronique, réveillée par l'apparition des règles, mais dès qu'on cessera le traitement et à la première occasion favorable, les microbes cantonnés dans les acini profonds de la glande, se multiplieront et la suppuration recommencera.

Les injections de nitrate d'argent, de chlorure de zinc ou de teinture d'iode, se proposent non seulement de combattre l'infection, mais de détruire chimiquement la glande. Ces solutions ont l'inconvénient d'être douloureuses assez longtemps après qu'elles ont été injectées. De plus, elles manquent souvent leur but. Tous les livres classiques et la plupart des travaux faits sur la question, sont unanimes à reconnaître l'inutilité

habituelle de cette thérapeutique. Nous l'avons personnellement employée pendant plus d'un an dans le service du docteur EMERY, à ST-LAZARE, et nous n'avons jamais obtenu de guérison.

Cet échec est dû, à notre avis, au titre trop faible des solutions injectées. On ne peut guère dépasser pour le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent, le titre 1/10^e et encore à la condition de n'en injecter que quelques gouttes. Même ainsi employé il peut survenir avec le chlorure de zinc des accidetns ennuyeux, comme celui-ci arrivé à une de nos malades : après une injection de quelques gouttes de chlorure de zinc au 1/10^e, elle fut prise de douleurs violentes dans la région vulvaire et une escharre se produisit. Les solutions concentrées de nitrate d'argent sont également douloureuses assez longtemps et entraînent une réaction inflammatoire violente.

Une autre cause d'échec tient à la trop faible quantité de liquide injecté. Sous l'influence de la distension produite par l'accumulation du pus, la poche glandulaire s'agrandit considérablement en même temps que ses parois s'épaississent. Cet agrandissement de la cavité glandulaire se voit sur une bartholinite non vidée et se sent ainsi que l'épaississement de la paroi en palpant entre le pouce et l'index la paroi latérale de la vulve ; si on mobilise la muqueuse, on sent dans la profondeur la glande beaucoup mieux limitée et plus volumineuse qu'à l'état normal. Si bien qu'en n'injectant qu'une goutte ou deux d'un liquide celui-ci ne peut

arriver au contact de tous les acini cachés dans les replis de la paroi glandulaire vide et affaissée.

Tout récemment, PLASS a appliqué la méthode de BIEN au traitement des bartholinites. Dans l'article qu'il y consacre (1), Plass publie les résultats qu'il a obtenus dans 23 cas ; ils sont, d'après lui, excellents, et il n'a jamais eu de récives. Il applique à l'orifice du canal excréteur de la glande une ventouse d'une forme adaptée à la région et recommande de ne pas faire une aspiration trop forte à cause de la laxité des tissus qui arriveraient à remplir la ventouse. La guérison a été obtenue dans un délai variant de 6 à 36 jours ; la moyenne est de 12 à 14 jours. Nous ne pensons pas qu'on ait employé cette méthode en France ; il se peut qu'elle donne de bons résultats, mais on peut, à priori, lui faire un reproche. PLASS faisait deux applications de ventouse par jour, si bien que pour une bartholinite qui résisterait 25, 30 ou 36 jours il faudrait 50, 60 ou 72 applications. Ce n'est pas un inconvénient pour une malade d'hôpital, mais c'en est un sérieux pour une malade de clientèle.

En résumé, les traitements non sanglants sont insuffisants, d'un avis presque général, et si les traitements sanglants sont véritablement curateurs, ils ne sont pas utilisables par le praticien ; ils ont pour le malade le défaut de ne pas être sans danger et de se présenter avec l'apparat impressionnant d'une opération chirurgicale.

(1) Berliner Klinische Wochenschrift.

TROISIÈME PARTIE

TRAITEMENT DE LA BARTHOLINITE, PAR LES INJECTIONS DANS LA GLANDE DE PERMAN- GANATE DE POTASSE EN SOLUTION CON- CENTRÉE.

Après avoir pendant un an traité les bartholinites médicalement sans succès, après avoir vu la presque totalité des malades refuser l'intervention chirurgicale, nous avons cherché s'il n'y aurait pas un liquide ou un sel, non encore employé, susceptible de guérir cette affection. Avec ce que nous savons d'elle il fallait à priori que le topique employé soit à la fois destructeur des agents de la suppuration et destructeur de la glande en provoquant la dégénérescence. Nous avons, dans ce but, expérimenté avec un succès variable les solutions de resorcine, de bleu de méthylène, etc. Nous avons, en dernier lieu, essayé le permanganate de potasse et maintenant que les résultats obtenus se montrent des plus encourageants, nous nous demandons pourquoi on n'a pas essayé plus tôt un médicament aussi courant.

L'étude de la bactériologie des bartholinites nous a montré, en effet, avec quelle fréquence on y trouve le

gonocoque, surtout chez les prostituées. Or, le permanganate de potasse est considéré actuellement comme ayant une action élective sur ce microbe.

Même si le gonocoque fait défaut, le permanganate n'en a pas moins une valeur antiseptique considérable. D'après Pouchet (1), à 1/1500°, il empêche le développement du bacille charbonneux ; à 1/4000°, il détruit au bout de trente minutes la virulence des staphylocoque, streptocoque et vibrion septique. Il est employé couramment pour la désinfection des mains et « son action est surtout précieuse dans l'oxydation des matières organiques ; il agit comme un désinfectant énergétique. » (2).

Pouchet ajoute (3) : « la solution au 1/1000° détermine une sensation de brûlure plus ou moins accentuée ; au-dessus de cette dose, les solutions deviennent irritantes et même caustiques. »

Par conséquent, antiseptique puissant, caustique, et ajoutons toxicité nulle, employé par voie externe, le permanganate méritait d'être essayé dans la localisation du gonocoque qui nous occupe. Nous l'avons fait systématiquement pour les cas de bartholinites chroniques qui se sont présentés dans le service du Docteur Emery, à Saint-Lazare, et nous sommes arrivé à cette conclusion que les bartholinites subaiguë et chronique sont parfaitement guérissables sans intervention sanglante.

(1) Précis de pharmacologie.

(2) GAUTIER, Chimie minérale.

(3) POUCHET, loc. cit.

Nous faisons exception pour les formes aiguës de bartholinite pour lesquelles nous reconnaissons la nécessité de l'incision. C'est un véritable abcès chaud, qu'il y a intérêt à vider aussitôt que possible pour éviter les fistules que nous avons signalées.

Si la malade se présente avec une fistule, quel qu'en soit le siège, il n'y a également qu'un traitement, c'est l'ablation du trajet au bistouri ; mais dans les nombreux cas où la bartholinite a évolué d'une façon torpide, et dans les cas plus rares où elle s'est spontanément refroidie et vidée par son orifice naturel pour devenir chronique, nous pensons que le traitement chirurgical n'est pas indispensable et que les injections de permanganate en solution concentrée dans la glande, donnent des résultats parfaits.

Pour pratiquer ces injections nous nous servons d'une seringue de Pravaz, en verre, et d'une aiguille fine en platine de 5 centimètres de longueur, munie à son extrémité d'un petit renflement analogue à celui dont sont munis les catheters destinés au canal lacrymal. Nous nous servions primitivement d'une aiguille simplement émoussée, mais il arrivait, dans ce cas, que l'extrémité de l'aiguille accrochait les parois du canal excréteur et gênait l'introduction en la rendant douloureuse.

Nous commençons par vider complètement la glande par une forte pression et un massage de quelques instants ; quand aucune goutte de liquide purulent ou brunâtre ne sort de l'orifice nous entr'ouvrons la vulve de la main gauche et déplaçons la petite lèvre du côté malade, de façon à en avoir sous les yeux la face vul-

vaire. De la main droite nous engageons l'aiguille dans l'orifice du canal excréteur et la poussons suivant la direction de ce canal, c'est-à-dire de dedans en dehors, d'avant en arrière et de bas en haut. Ce cathéterisme est assez facile à faire, mais il est, quelquefois, difficile de trouver l'orifice du canal, car la fameuse macule gonorrhéique de Sanger existe rarement et la position de cet orifice est variable. Si l'on remarque avec soin lorsqu'on exprime la glande, le point où se fait la sortie du liquide, cette recherche sera facilitée, mais voici un petit moyen qui nous a souvent réussi; nous déposons à la place présumée de l'orifice avec l'extrémité de l'aiguille, une goutte de la solution de permanganate que nous allons injecter; cette goutte s'étale aussitôt dans tous les replis de la muqueuse et dans l'orifice du canal excréteur qui apparaît aussitôt, fortement coloré en brun.

Lorsque l'aiguille est engagée jusque dans la glande, elle tient seule en place et l'on peut, même, abandonner la région à elle-même, si l'on a besoin de sa main gauche.

La seringue est à portée de la main et fixée à ce moment sur l'aiguille. Nous poussons alors lentement le piston en imprimant à l'aiguille de légers mouvements dans les cas où nous éprouvons de la résistance. Quel que soit le titre de la solution employée nous allons toujours jusqu'à la distension de la cavité glandulaire de façon à la déplisser et à porter le liquide au contact de toutes ses parties. Un demi à trois quart de centimètre cube suffisent. Cette intervention est un peu doulou-

reuse, mais pendant un temps très court ; au moment où l'on pousse l'injection la malade pousse un cri, mais elle est à peine descendue du lit d'examen qu'elle ne sent plus rien ; nous n'avons jamais eu de peine à recommencer ce traitement sur les femmes cependant peu dociles à qui nous l'avions appliqué une première fois.

Disons tout de suite qu'il n'y a aucun rapport constant entre l'intensité de la douleur et la concentration des solutions. Les solutions à 1/500°, par exemple, sont presque aussi douloureuses que la solution à 1/30°.

Nous avons commencé par injecter des solutions de permanganate à 1/1000°, dont nous augmentions progressivement la concentration. Nous passions ainsi successivement au titre 1/500°, 1/250°, 1/100°, 1/50°, 1/30°, 1/20°.

Nous avons suivi cette gradation dans les observations I et II et nous avons remarqué que les solutions faibles au 1/1000° n'entraînaient aucune modification dans la nature ou la quantité de l'écoulement. C'est seulement au moment où nous prenions les solutions fortes à 1/250° qu'apparaissait un changement. Dans ces conditions, le permanganate de potasse agit un peu comme le nitrate d'argent ; il provoque une réaction de la glande qui se traduit par une augmentation notable de l'écoulement, dans les deux premiers jours qui suivent la première injection d'une solution forte ; puis lorsque nous arrivons aux préparations de titre 1/50° et 1/30°, brusquement, en général, l'écoulement diminue, et après cinq à six injections de la solution au 1/30°

ou au 1/20^e, disparaît complètement. En même temps que ces modifications dans la quantité surviennent des changements dans la qualité du pus. Dès la première injection il se colore naturellement en brun et présente de nombreuses parcelles noirâtres de permanganate réduit analogues à celles qui précipitent dans les solutions de ce sel, faites dans l'eau ordinaire ; puis il perd son caractère franchement purulent, s'éclaircit pour n'être plus, dans les dernières séances de traitement, qu'un liquide brun, clair et aseptique.

Dans ces deux premières observations il nous a fallu respectivement douze et quatorze injections pour obtenir la guérison.

Dans l'observation III nous avons commencé par injecter une solution à 1/250^e pour arriver, dès la quatrième séance, à la solution au 1/30^e. Sept injections ont suffi.

Dans les observations IV et V nous avons essayé d'employer, dès le début, notre solution la plus concentrée, mais le lendemain était apparu un œdème légèrement douloureux, du côté de la vulve où siégeait la bartholinite. Cet œdème céda en deux jours à des applications de compresses d'eau oxygénée et nous pûmes, quatre à cinq jours après, reprendre le traitement avec la solution au même titre. Il fallut huit injections dans un cas et sept dans l'autre.

Nous avons pensé que le petit accident qui survenait à ces deux dernières malades était dû à l'emploi prématuré d'une solution concentrée ; aussi, dans les observations VI et VII, nous avons repris, en partie, notre

première méthode et commencé par la solution au 1/100^e pour arriver, dès la troisième séance, à la solution au 1/30^e et même au 1/20^e. Nous n'avons eu aucune réaction violente.

Dans ces deux cas il fallu une fois neuf et une fois dix injections.

Il paraît donc y avoir une certaine relation entre la rapidité de la guérison et le degré de concentration des solutions employées. Mais nous sommes d'avis que s'il est inutile, d'une part, de s'attarder aux solutions étendues au 1/1000^e et au 1/500^e, d'un autre côté, l'accident si bénin soit-il, arrivé à nos deux malades des observations IV et V, ne permet pas l'emploi immédiat des solutions très concentrées, pour le seul avantage de gagner une séance ou deux.

La solution au 1/100^e, d'une concentration déjà forte cependant, a été bien supportée dès le début et nous avons adopté comme méthode de commencer par elle. Nous en augmentons rapidement le titre de façon à employer dès la troisième séance une solution au 1/30^e et ultérieurement une solution au 1/20^e.

Chez toutes les malades que nous avons ainsi traitées nous avons fait une injection tous les deux jours en moyenne, nous contentant dans le jour intercalaire de vider la glande ; ceci dans le but d'observer, en l'absence du permanganate, les modifications de l'écoulement.

Nous avons trouvé d'une façon constante, après la cessation du traitement, une induration profonde de la glande de Bartholin. Alors qu'à l'origine on sentait

nettement, après l'avoir vidée, les parois de la poche glandulaires souples, glisser l'une sur l'autre, on ne percevait plus, après une série d'injections, qu'un noyau dur, résistant, enchâssé dans la profondeur. C'est une simple hypothèse, assurément, que nous allons avancer, mais nous sommes persuadé que cette induration est due à la sclérose de la glande, provoquée par les propriétés irritantes du permanganate de potasse.

Nous avons donc obtenu, en un temps très court, la cessation de l'écoulement purulent et la dégénérescence fibreuse de la glande de Bartholin, c'est-à-dire sa destruction sur place. Ajoutons que certaines de nos malades ont été vues par nous plusieurs semaines après leur guérison, que toutes ont eu leurs règles après la cessation du traitement, sans réapparition d'écoulement, et nous nous croirons fondé à considérer et à proposer les injections de permanganate de potasse en solutions concentrées dans la glande de Bartholin, comme une thérapeutique efficace contre les bartholinites subaiguës et chroniques.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS PERSONNELLES FAITES A L'INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE, DANS LE SERVICE DE M. EMERY.

OBSERVATION I

T... Jeanne, entrée le 13 juillet 1909 pour bartholinite droite chronique. De l'orifice du canal de Bartholin sortait en abondance, par simple pression, un liquide purulent. Examiné au microscope ce pus présentait de nombreux gonocoques.

Cette malade avait fait un premier séjour dans le service, pour la même affection et du même côté. Nous l'avions traitée sans succès par les injections de teinture d'iode.

Nous la traitons cette fois par le permanganate. Nous avons commencé par une solution faible au 1/1000^e dont nous avons augmenté le titre progressivement, pour arriver à une solution au 1/30^e.

Le 26 juillet injection de 1^{cc} d'une solution au 1/1000^e

Le 27 — id. 1/500^e

Le 28 — id. 1/100^e

Le 29 — id. 1/50^e

Le 30 — id. 1/50^e

Le 31 juillet	injection de 1 ^{re}	d'une injection au	1/30 ^e
Le 2 août	id.		1/30 ^e
Le 3 —	id.		id.
Le 4 —	id.		id.
Le 5 —	id.		id.
Le 6 —	id.		id.

Les deux premières injections donnèrent peu de résultat mais dès que nous arrivâmes aux solutions plus fortes, le pus changea d'aspect. Il se colora d'abord fortement en brun et présenta de petites particules noires de permanganate réduit. Dès la sixième injection le liquide perdit son caractère purulent, devint limpide en restant, bien entendu, coloré en brun et à la 12^e injection nous avons arrêté le traitement. Le liquide évacué le lendemain ne se renouvela plus. La malade fut gardée dans le service jusqu'au 9 septembre. Elle eut ses règles dans le courant du mois d'août et la guérison se maintint. La glande de Bartholin était fortement indurée.

OBSERVATION II

L... Marie, âgée de 21 ans, entrée le 20 septembre 1909 pour bartholinite droite. Il s'agit d'une bartholinite chronique, à écoulement purulent très abondant. L'examen microscopique révèle la présence du gonocoque.

Chez cette malade nous avons également commencé par une injection de permanganate de potasse, en solution au 1/1000^e, puis au 1/500^e. Nous sommes alors passé tout de

suite à la solution au 1/50^e, pour arriver à la solution au 1/30^e.

Après la cinquième injection dont trois seulement au 1/50^e, il y avait une amélioration. Le liquide était moins purulent, puis il diminuait d'abondance et à la onzième injection il était minime. La malade reçut en tout quatorze injections, et on remarquera que nous avons laissé un jour intercalaire entre deux injections.

Ce jour-là, nous nous contentions de vider la glande pour pouvoir, le lendemain, en apprécier le contenu en l'absence du permanganate.

Le 27 sept. inj. de 3/4^{cc} environ de la solution 1/1000^e

Le 29 septembre injection de la solution au 1/500^e

Le 1^{er} octobre injection de la solution au 1/50^e

Le 4 — id. id.

Le 6 — id. id.

Le 8 — id. id.

Le 10 — id. id.

Le 12 — id. id.

Le 14 — injection de la solution au 1/30^e

Le 16 — id. id.

Le 18 — id. id.

Le 20 — id. id.

Le 22 — id. id.

Du 23 au 27 aucun écoulement. Le 27 apparut une goutte d'un liquide brun, mais limpide. La malade reçut alors une dernière injection d'une solution au 1/25^e et à partir de ce moment le massage le plus énergique ne parvint pas à faire sourdre une goutte de liquide.

A la palpation on sentait la glande fortement indurée.

La malade ne quitta le service que le 15 novembre, après avoir eu ses règles et sans que l'écoulement reparut.

OBSERVATION III

G. Gabrielle, 20 ans, entrée le 24 septembre 1909, pour bartholinite gauche. Ecoulement purulent abondant à gonocoque.

Injections de solutions de permanganate de potasse au 1/250^e, au 1/100^e et au 1/50^e, en trois séances, les 1^{er}, 4 et 6 octobre. Le pus perd son caractère purulent et diminue de quantité. Les 8-10-12 et 14, injections de solutions au 1/30^e. La guérison est obtenue avec 7 injections seulement. La malade quitte le service le 8 novembre après avoir eu ses règles. Nous la revîmes vingt jours après au dispensaire spécial, annexé à St-Lazare, la guérison se maintenait. Ici encore on sentait la glande indurée.

OBSERVATION IV

C. Anna, 20 ans, entrée le 19 octobre. Bartholinite droite. Le côté droit de la vulve est saillant et on sent la cavité de la glande de Bartholin distendue par un liquide accumulé sous tension. Il faut exercer une pression assez forte pour en faire sortir un pus épais, qui jaillit alors avec violence.

Le gonocoque y est en abondance.

Cette malade a déjà fait un séjour dans le service pour la même affection, au mois de juin 1909.

Nous avons employé, dès le début, une solution au 1/30^e. Le 20 octobre la malade recevait une première injection de 3/4 de cc environ. Le lendemain était apparu un œdème de la grande lèvre, légèrement douloureux qui céda à quelques applications de compresses d'eau oxygénée. Le 26, nouvelle injection de permanganate au 1/30^e, puis les 27, 28, 29, 30 octobre, 2 et 3 novembre, injections de solutions au 25^e. Soit, en tout, huit injections.

La malade est renvoyée le 25 novembre, guérie. Elle avait eut ses règles du 19 au 23. Glande indurée.

OBSERVATION V.

G... Marie, 22 ans, entrée le 26 octobre 1909, pour bartholinite droite et plaques muqueuses de la vulve. Ecoulement purulent abondant. Présence du gonocoque. Nous avons fait le 27 octobre une première injection d'une solution de permanganate au 1/25^e. Chez cette malade également, apparaissait, dès le lendemain, un œdème de la petite et de la grande lèvre qui cédait en deux jours aux compresses d'eau oxygénée.

Le 31 octobre, nouvelle injection de la même solution renouvelée les 2, 4, 6, 8, 10 novembre et parfaitement supportées. Mêmes constatations que dans les observations précédentes, modification du pus et diminution de sa quantité, puis disparition et induration de la glande.

La malade a été guérie avec 7 injections.

OBSERVATION VI

S. Monique, 16 ans, entrée le 9 octobre 1909, pour vaginite et bartholinite gauche. Il n'y avait pas, dans ce cas, d'écoulement abondant, mais une simple goutte de pus qu'une légère pression faisait sourdre. Gonocoque en abondance.

Le 11 octobre injection d'une solution au 1/100^e

Le 13 — id. 1/50^e

Le 14 — id. 1/30^e

Puis les 16, 18, 20, 22, 23 et 26 octobre injections de solution au 1/20^e.

Il n'y eut aucune réaction inflammatoire et la guérison se maintenait douze jours après au moment où cette femme a été transférée à Fresnes.

Total : 9 injections.

OBSERVATION VII

D. Louise, entrée le 13 octobre 1909 pour bartholinite droite chronique. Ecoulement purulent minime. Injections de solution progressivement concentrée de 1/100^e à 1/20^e.

Total : 10 injections.

Sortie guérie vingt jours après la dernière injection, malgré l'apparition des règles.

CONCLUSIONS

1° La bartholinite ne guérit qu'exceptionnellement d'une façon spontanée.

2° A l'heure actuelle le traitement chirurgical seul est sûrement curateur.

3° Ce traitement chirurgical constitue une opération sérieuse et n'est pas à la portée de tous les praticiens.

4° Les injections de permanganate de potasse en solution au 1/20^e, dans la glande de Bartholin, par le canal excréteur, sont faciles à faire, sans inconvénients et paraissent donner des résultats parfaits.

Vu : *Le Doyen,*

L. LANDOUZY.

Vu : *Le Président de Thèse,*

E. GAUCHER.

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

Index Bibliographique

- ACKEREN. — *Zeitschrift für Wissenschaft. Zoologie* 1889, p. 44.
- ALARY. — Thèse de Paris, 1892.
- AUBENAS. — Des tumeurs de la vulve. T. Strasbourg, 1860.
- BARETTE. — Traitement des abcès vulvo vaginaux. Rev. de cl. et de th. 1887.
- G. BARTHOLIN. — *Diaphragmatis structura nova*. 1876. De muliebrum ovarii. 1867.
- BARTHEZ. — *J. hebd. des progrès des sc. méd.* 1886.
- BERDAL. — *Société d'histologie*. 1898.
- BLANDIN. — *Gazette des hôp.* 1847.
- BONNET. — *Gazette des hôp.* 1888.
- BOERHAVE. — *Traité des mal. vén.* 1833. Trad. par Delametrie.
- BOYER. — *Path. chir.* T. 10.
- BOYS DE LAURY. — *Rev. méd.* 1840. T. 4.
- BRETON. — Th. de Strasbourg, 1861.
- CHEVALERIAS. — Th. Paris, 1880.
- COWPER. — *Anat. gén.*, 1698.
- CUVIER. — *Anat. comp.*, 1805. 5^e vol.
- DE AMICIS. — *J. Int. des sc. méd.*, 1880.
- DE SINETY. — *Bull. de la Société de Biologie*, 1880-1906, Manuel pratique de gynécologie.
- DUJON. — Th. de Paris, 1897.
- DUC DODON. — Th. de Paris, 1903.
- DUPLAY et RECLUS. — *Société de chirurgie*. T. VIII. *Traité de chirurgie*.

- DUVERNEY. — Œuvres anatomiques. T. II.
FAUVEL. — Th. de Paris, 1886.
FOSTIER. — Th. de Paris, 1899.
FRANCO. — Th. de Paris, 1900.
GARANGEOT. — Splanchnologie, T. 2.
GAUTIER. — Chimie minérale.
GOSSELIN. — Cliniques de la Charité, 1873. T. 2.
GUÉRIN. — Mal. des org. gén. ext. de la femme, 1864.
HALLÉ. — Th. de Paris, 1898.
HAMONIC. — *Annales de Dermatologie*, 1883.
HUGUIER. — *Ann. des sc. nat.*, 1830. Zoologie Mémoire, 1850.
HUGUENIN. — Th. de Paris, 1879.
HUNTER. — Traité de la Syphilis, 1786.
JALABERT. — Th. de Lyon, 1896.
JULLIEN. — Traité des mal. vén.
KNOX. — *Lond. méd. Gaz.*, T. 23, p. 587.
KULJABKO. — Ueber den Bau der Barthol. Drüsen, St-Pét., 1889.
LABADIE-LAGRAVE et LEGUEN. — Traité de Gynécologie.
LANGERHANS. — *Arch. de Virchow*, 1874, T. 61.
LEBLANC. — Th. de Paris, 1895.
LEGRAIN. — Th. de Nancy, 1888.
MARESCHAL. — Th. de Paris, 1873.
MARTIN et LÉGER. — Archives générales, janv. 1862.
PLASS. — *Berliner Klinik Wochenschrift*.
POIRIER et CHARPY. — Anatomie.
POUCHET. — Précis de Pharmacologie.
POZZI. — Traité de Gynécologie.
QUENU et HARTMANN. — Maladies du Rectum.
ROBERT. — *Annales de chirurgie*, 1841.
RICORD. — Traité des maladies vénériennes.
SALMON. — *Revue médico-chirurgicale*, 1854.
SÉE MARCEL. — Th. de Paris, 1896.
SCENGER. — *Annales de Gynécologie*, 1890.
STEINSCHNEIDER. — *Berl. Klinik Wochenschrift*, 1889, n° 7.

- TAYLOR. — *Dublin Journal*, 1838, n° 37.
TESTUT. — Anatomie.
THIRY. — *Archives de Tocologie*, 1886.
TIEDMANN. — Von den Bartholinischen Drüsen des Weibes.
Heidelberg, 1840.
TOUTON. — *Arch. für. Derm. und Syph.*, 1893, T. XXV.
TROST. — *Wiener med. Blatter*, 1888, n° 17.
VARAILLON. — Th. de Paris, 1882.
VEILLON. — *Société de Biologie*, 1893.
VELPEAU. — Dictionnaire de médecine.
VERCHÈRE. — De la Blennorrhagie chez la femme, 1894.
VERHEYEN. — Traité d'anatomie.
WELANDER. — Th. de Nancy, 1888.
WINSLOW. — Traité d'anatomie.
-

Imprimerie spéciale H. CHACORNAC
9, Rue de l'Eperon, Paris
